



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2016/2017 – Conclusão de Licenciatura

Autores: Arlinda Fortes, N.º 3784

Nilsa Silva, N.º 3803

Ribeira Grande, julho 2017

Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Vivências e sentimentos do enfermeiro na assistência ao utente terminal

Discentes:

Arlinda Fortes nº3784

Nilza Silva nº3803

Orientador:

Enf.º. Nivaldo Castro

Ribeira Grande, junho de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu esposo pela dedicação, apoio e paciência durante esta fase e também aos meus filhos por não lhes terem prestado atenção e dado mais carinhos em algumas horas e por entenderem minha ausência em alguns momentos de suas vidas devido a realização deste trabalho.

Também aos meus pais e sogros por acolherem e apoiarem meus filhos no percurso dessa monografia.

Nilsa Silva

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial aos meus irmãos e a todos os que de algum modo contribuíram para a realização deste trabalho.

Arlinda Fortes

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente, a Deus pela vida, pela sabedoria, por todas as nossas conquistas pessoais e profissionais, e por ter colocado no nosso caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em nos ajudar durante a realização deste trabalho.

No decorrer de todo este trabalho, foram muitos os que nos ajudaram e apoiaram nos momentos mais difíceis, de desânimo, aperto e fragilidade.

É nesse sentido que gostaríamos de agradecer a todos os que acompanharam e apoiaram de uma forma ou de outra no desenvolvimento deste estudo, mas em especial os profissionais do Hospital João Moraes, que contribuíram e colaboraram com dedicação e boa vontade para que esse trabalho fosse realizado.

Em especial, não podemos deixar de agradecer à Dr.^a Edna, pela colaboração e amizade, por todo o apoio prestado durante todo esse tempo desde do decorrer do projeto até o desenrolar da monografia.

A enfermeira Zuleica Moraes pela paciência e disponibilidade que nos ajudaram no desenvolvimento e elaboração do mesmo com, amor e muita dedicação.

Também ao nosso orientador Nivaldo Castro, pelo apoio e esclarecimento das dúvidas durante esse processo.

Não podemos esquecer dos nossos colegas enfermeiros que mutuamente nos ajudaram nesta caminhada com muito amor.

À Diretora do HJM, e a Enfermeira Responsável do Setor de Medicina onde decorreu o estudo, pela colaboração, incentivo e pelo nível de excelência.

A todos, muito obrigada.

EPÍGRAFE

"A medicina paliativa é aquela que cuida daqueles em que a luz da vida, a pouco e pouco, se vai apagando. A medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade."

João Lobo Antunes (2010)

Resumo

Cabo Verde vive uma transição epidemiológica, acrescidas das novas situações de risco constituídas pelos traumatismos devido a agressões, acidentes de estrada e de trabalho ou ligado ao consumo abusivo do álcool, do tabaco e das drogas psicotrópicas, aumentando assim a incidência de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente as (oncológicas, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*), em detrimento as infetocontagiosas, vêm-se verificando um aumento da incidência de pessoas morrendo após algum tempo de sofrimento, causado por doença crónica degenerativa.

A necessidade de ser cuidado na última fase da vida aumentou, consideravelmente, não só por razões de prolongamento da duração da vida, mas a favor de uma institucionalização crescente, da oferta de cuidados e tratamentos e do desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Este estudo surge através das vivências dos enfermeiros ao assistirem o utente em fase terminal, tendo como objetivo identificar as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros quanto a prestação de cuidados prestados ao utente nesta fase.

O enfermeiro tem um papel de extrema importância perante estes utentes, uma vez que é o enfermeiro que está mais próximo, e tem mais possibilidades de dar apoio emocional, físico e psicológico a pessoa nessa fase difícil da sua vida, e é o elo de ligação entre o utente - família.

De forma a compreender melhor os objetivos estabelecidos no trabalho optou-se por um estudo de uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória utilizando como método de colheita de informações uma entrevista semiestruturada, do qual participaram cinco (5) enfermeiras do serviço de Medicina do Hospital João Morais (HJM), Santo Antão (S.A), Cabo-verde (C.V) com idade compreendida entre trinta e dois (32) á trinta e oito (38) anos de idade, todos do sexo feminino.

É de realçar que os objetivos foram atingidos, e que a prestação de cuidados ao utente em fase terminal, é visto de forma holística que emerge sentimentos de tristeza, angustia, sofrimento e de dor. Quanto as experiências emocionais vivenciadas pelos enfermeiros referiram que com o tempo vão-se adquirindo estabilidade emocional, para encarar a morte de uma forma natural. A morte não é vista como um acontecimento natural, e sim como um acontecimento que causa frustração, sensação de fragilidade e de incapacidade.

Palavras-chave: Utente terminal; vivência e sentimento; enfermagem; morte.

Abstrat

Cape Verde lives an epidemic transition, added of the new risk situations constituted by the traumatismos due to aggressions, highway accidents and of work or linked to the abusive consumption of the alcohol, of the tobacco and of the Psychotropic drugs , increasing the incidence of chronic diseases no transmittable, namely the (arterial hypertension and diabetes mellitus), in detriment the Infectious diseases , are being verified an increase of the people's incidence dying after some time of suffering, caused by chronic degenerative disease.

The need to take care in the last phase of the life increased, considerably, not only for reasons of prolonging the duration of life, but in favor of a growing institutionalization, the provision of care and treatment and the development of health professionals.

This study appears through the existences of the nurses to the they attend the patient in terminal phase, tends as objective identifies the existences and the feelings of the Nurses as the installment of cares rendered to the patient in this face.

The nurse has a paper of extreme importance towards these patients, because is the nurse that is closer, and he/she has more possibilities to give emotional, physical and psychological support to the person in that difficult phase of his/her life, and it is the connection link among the patient and the family.

In order to better understand the objectives established in the work was chosen a study of a qualitative, descriptive and exploratory approach using as data collection method a semi-structured interview, of which participated five (5) nurses of the service of Medicine of the João Morais hospital (HJM), Santo Antão (S.A), Cape Verde (C.V) aged between thirty-two (32) to thirty-eight (38) years old, all of them female.

It should be noted that the goals were reached. Regarding to the emotional lived experienced by the nurses they said that with the time they are acquiring emotional stability, to face death in a natural way. Death is not seen as a natural event, but as an event that causes frustration, a sense of fragility and incapacity.

Key words: terminal patient; experience; nursing feeling; death.

LISTA DE SIGLAS

CP- Cuidados Paliativos

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CV- Cabo verde

ESESFM - Escola superior de Enfermagem de são Francisco das Misericórdias.

FEC - Fundação Fé e Cooperação

HJM - Hospital João Moraes

MSCV - Ministério de saúde de Cabo Verde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

SA - Santo Antão

UT - Utente terminal

Índice	
INTRODUÇÃO.....	13
Problemática e justificativa	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1 - Enquadramento teórico	20
1.2 Cuidados Paliativos (CP).....	23
1.2.1 Humanização nos cuidados paliativos.....	27
1.3 Comunicação entre enfermeiro e utente em fase terminal	28
1.4 Assistência de enfermagem ao utente terminal	30
1.5 Vivência e sentimentos na ótica do enfermeiro perante o Utente Terminal.....	31
1.6 Fases da Morte.....	32
1.7 Diagnósticos de enfermagem.....	34
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA.....	36
2 - Explicitação metodológica	37
2.1 Tipo de estudo	37
2.2 População alvo.....	38
2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	38
2.3 Instrumentos de recolha de informações	39
2.4 Descrição do campo empírico	39
2.5 Aspetos éticos e legais.....	40
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA	41
3. Apresentação e análise de dados	42
3.1 Caracterização da população em estudo.....	42
3.2 Análise de conteúdo das entrevistas	43
3.3 Conclusão da análise dos dados.....	49
Considerações finais.....	51
Referências Bibliográficas.....	55
Apêndices	60
Anexo	63
Anexo 1- Pedido de autorização do Hospital João Morais para realizar a entrevista	63

Índice de Quadros

Quadro I - Classes de variáveis que influenciam a resposta do utente pelo facto de saber que vai morrer.....	21
Quadro II - Diagnóstico de enfermagem NANDA e as respetivas Intervenções de enfermagem.....	34
Quadro III - Caraterização dos entrevistados.....	43
Quadro IV - Categorias e subcategorias das entrevistas.....	44

Índice de Apêndices e anexo

Apêndices 1- Guião de entrevista.....	60
Apêndices 2- Consentimento livre e esclarecido.....	62
Anexo 1-Pedido de autorização do hospital João Morais para realizar a entrevista.....	63

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo, tendo como tema eleito: Vivências e Sentimentos do Enfermeiro na Assistência ao Utente Terminal, com finalidade de obter o grau de Licenciatura em Enfermagem.

O tema despertou o nosso interesse, tendo em conta as dificuldades enfrentados pelos enfermeiros durante a realização dos cuidados prestados ao UT, onde emergem os sentimentos mais variados e inesperados, pois, com este pretendemos entender esta vivência que é muito falado e pouco explorado. Temos a consciência que não será fácil o desenvolvimento do tema, mas tomaremos o desafio como oportunidade para melhorarmos o nosso desempenho tanto pessoal bem como profissional.

Pretendemos elaborar o trabalho com conteúdos pertinentes para que possamos de alguma forma contribuir para o enriquecimento da teoria sobre o tema a nível da nossa sociedade, como forma de beneficiar não só os utentes em cuidados paliativos como também os enfermeiros. Pois o enfermeiro no seu papel de “cuidar” além dos aspetos físicos tem um papel importante no dar ânimo e conforto a este utente e família, lembrando sempre que cada caso é diferente e a aceitação é quase nula, quando se fala de pessoas em sofrimento.

O estudo foi realizado no HJM, precisamente no setor de Medicina, onde foi aplicado uma entrevista aos Enfermeiros que lidam com essa problemática com mais intensidade, pois permanecem mais tempo com o utente, partilhando uma variedade de sentimentos relacionado com o sofrimento e a morte. E por isso necessita estar preparado para compreender e cuidar do UT e na sua globalidade.

Assim sendo, o trabalho encontra-se dividido em três capítulos: sendo que, o Capítulo I - corresponde ao enquadramento teórico, onde descrevemos alguns conceitos de UT, comunicação entre enfermeiro e UT, assistência do enfermeiro ao UT, cuidados paliativos, Humanização nos cuidados paliativos (CP), o processo de morte e do morrer na ótica do enfermeiro e as fases da morte. Já no Capítulo II - Fase Metodológica, vai servir de base para a elaboração da parte empírica da pesquisa.

Por último temos o capítulo III - compreende-se na fase empírica onde apresenta a análise e discussão dos dados obtidos durante a investigação, depois segue as considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

É de salientar que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo os princípios da redação e formatação do trabalho científico propostos pela Universidade do Mindelo e o novo acordo ortográfico.

Problemática e justificativa

A escolha deste tema deve-se ao facto de ser uma das vivências do dia-a-dia do Enfermeiro, em que se têm deparado com vários tipos de sentimentos que a classe tem de encarar na sua jornada de trabalho. Antes de mais, esta temática precisa ser avaliada, pois os UT necessitam de cuidados especiais principalmente em termos emocionais.

Com a elaboração desse trabalho pretendemos conhecer as dificuldades que os enfermeiros encontram durante a prestação dos cuidados aos UT. Sendo que a morte apesar de ser um evento biológico que faz parte do ciclo de vida de qualquer humano, ela é vista muitas vezes como tabu na nossa sociedade e algo que desperta muitas angústias e medos mesmos em profissionais que lidam com a problemática no dia-a-dia, como os profissionais da saúde.

As ideias pré-concebidas que cada um, tem a ver com a educação familiar e do meio em que estão inseridos, pois mesmo que faça parte do programa de estudo nas escolas/universidade é algo superficial, visto que, a formação é direcionada mais para a preservação da vida. Porém, sendo que a classe de enfermagem no seu dia-a-dia, acompanha todo o processo de saúde e doença, inclusive muitas vezes está presente na hora da morte, lidando com todas as situações que envolvem o decorrer desse processo, que em paciente terminal é mais intenso.

Segundo Pessini e Bertachini (2005), *cit in* Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 50 milhões de pessoas morrem por ano e cada ano o câncer causa 6 milhões de mortes, e tem-se mais de 10 milhões de novos casos. Estima-se que para 2020 teremos 15 de novos casos/ano. É diante dessa realidade difícilíssima que os cuidados paliativos e *hospices* se apresentam como uma forma inovadora de cuidado na área da saúde.

Ainda os mesmos autores (2005, p. 492) realçam que “é o dever de todos os governos apoiarem e desenvolver planos de ação que sejam de apoio, prevenção, tratamento e cuidados paliativos e 70% dos utentes com câncer sentem dor, e entre 70 e 90% dos que estão em estágio avançado”.

No Canadá, somente 15% dos utentes podem ter acesso a cuidados paliativos (CP) e na maioria pacientes de câncer. No Reino Unido, 50% de todos os pacientes recebem algum tipo de CP durante o curso de sua doença, mas o número dos que recebem cuidados paliativos em doenças que não sejam o câncer é muito menor, (Pessini e Bertachini, 2005, p.501). “Atualmente, existe um número maior de pacientes morrendo,

não apenas por câncer, mas também pelo envelhecimento da população que traz consigo muitas doenças crónico degenerativo, aumentando o percentual de utente em estado terminal nos hospitais” (Alves, 2013, p. 56).

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo verde, (PNDS, 2012-2016), estado de saúde da população Cabo-verdiana caracteriza-se por uma diminuição gradual das doenças transmissíveis que, no entanto, ainda persistem e por tendência crescente do peso das doenças crónicas não transmissíveis.

As doenças não transmissíveis, em crescente aumento na transição epidemiológica que Cabo Verde (CV), vive acrescidas das novas situações de risco constituídas pelos traumatismos devidos a agressões, acidentes de estrada e de trabalho ou ligadas ao consumo abusivo do álcool, do tabaco e de drogas psicotrópicas representam desafios atuais a que o PNDS procurará dar respostas (PNDS, 2012-2016).

Um desses desafios que o PNDS priorizará é a implementação do programa nacional de oncologia e a criação do serviço nacional de hemodiálise.

Segundo o Ministério de saúde de Cabo Verde (MSCV) (2010), alguns anos atrás em CV as principais causas de morte foram as doenças infetocontagiosas, hoje podemos ver que as doenças não transmissíveis como por exemplo (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e Cancro) a tendência é cada vez maior, as doenças crónicas e degenerativas representa novos desafios para o serviço nacional de saúde.

Estas enfermidades conduzem sérias consequências socioeconómicas em todas as regiões, ameaçando os recursos da saúde, e a sua subsistência, requerem um certo nível de cuidados diversificados, provocando isso mudanças e inovações na área de saúde.

De acordo com PNDS (2012-2016), podem-se identificar alguns fracassos relacionados com a abordagem das doenças terminais principalmente o cancro no país, nomeadamente as dificuldades socioeconómicas para minimizar às necessidades, dificuldade dos meios de diagnóstico bem como tratamento, défice de profissionais de saúde e de equipa multidisciplinar.

Segundo o MSCV (2015), o cancro é a principal causa de morte, visto que, tornou-se num problema de saúde pública que tem tido uma incidência crescente no país como aliás se verifica em praticamente todas as regiões do Mundo.

Sabemos que os desafios são muitos e necessita estabelecer um programa estruturado e eficaz que possa enfrentar o problema e minimizar a situação. E perante todos esses fatos surge o nosso interesse perante esta temática como forma de enriquecimento pessoal e profissional e como contributo para a saúde.

Neste sentido que surgiu o interesse pelo tema, visto que, através da observação deparamos com varias dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no que concerne aos próprios sentimentos no cuidar dos UT, e também pela pertinência do tema, visto que, há necessidade de estudos científicos para apoiar a classe a enfrentar os desafios cada dia mais presentes. Ribeira Grande não foge a regra e vários são os utentes principalmente oncológicos internados no serviço de medicina do HJM, muitas vezes já em fase terminal.

Cuidar de UT tem implicações psicológicas no Enfermeiro, quando ele presta cuidados a esses utentes. Pois, a morte, mesmo que faça parte do quotidiano da enfermagem, desperta grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade de lidar com a finitude (Poles e Boussu, 2006).

Ainda os mesmos autores acrescentam que muitas vezes os estudantes e profissionais de enfermagem se sentem impotentes diante da perda de um utente, não se traduz somente no fracasso dos cuidados, mas também como a derrota diante da morte e da missão dos profissionais de saúde, de salvar um indivíduo, minimizar seu sofrimento e sua dor trazendo-o a vida (Poles e Boussu, 2006).

Dentro desta ótica Kovács (1992, p. 153), diz que:

“os sentimentos mais comuns apresentados por esses profissionais são de incerteza, por não saber se está prestando realmente os cuidados para o bem-estar do doente; angústia por não saber se comunica de forma correta com o doente e familiares, e o desespero por sentir-se muitas vezes impotente para o alívio da dor e do sofrimento sentido por estes”.

Todo aquele que se forma em enfermagem, tem como visão futura o exercício do mesmo com esmero e dedicação, dando o melhor de si em prol dos que necessitam de cuidado. Podemos assim dizer são anos de preparo, com muito ardor para exercerem a futura profissão da maneira mais brilhante possível. Entretanto, as especialidades académicas são conservadoras, refletindo em decorrência, os valores culturais dominantes, como a negação da morte, deixando dessa forma, uma lacuna no preparo profissional.

Objetivos

Os objetivos têm como finalidade traçar as metas que se pretende atingir ao longo dessa investigação, assim sendo Fortim (2009. p, 160) acrescenta que “o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue”.

Objetivo geral

- Identificar as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros do serviço de medicina quanto a prestação de cuidados prestados ao utente em fase terminal.

Objetivos específicos

- Descrever as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros do sector de medicina do Hospital João Morais diante ao utente terminal.
- Nomear as experiências emocionais vivenciados pelos enfermeiros do setor de medicina do Hospital João Morais no acompanhamento ao utente terminal.
- Apontar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com os sentimentos emergidos a quando da prestação de cuidados ao utente terminal.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Enquadramento teórico

Esta fase permite-nos desenvolver todos os conceitos ligados ao tema em estudo, baseando nas teorias para fundamentar a pesquisa uma vez que compõem o alicerce e também obter uma boa compreensão do mesmo.

1.1 Utente Terminal (UT)

Ao falarmos em UT, estamos a nos envolver entre muitas outras palavras e sentimentos que a envolvem e o define pelo facto de ser alguém em uma situação delicada, que merece e exige a atenção e dedicação especial por parte de enfermagem, que muitas vezes acompanha este processo do início ao fim, não deixando de ser um sofrimento também vivenciado por estes.

Segundo Gutierrez (2001), não é simples conceituar o termo pois é complexo, apesar de existir algum consenso em diferentes profissionais, o mais difícil não é reconhecê-lo mais sim objetivá-lo. Pois, com o avanço da medicina contribuí para o surgimento de técnicas e equipamentos modernos, capazes de prolongar a vida.

Sendo assim Sapeta e Lopes (2006, p. 37) afirma que,

“o conceito de UT engloba um conjunto que o caracteriza: presença de uma doença avançada, e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia de base; podendo utilizar-se, em certas situações, recursos específicos pelo seu contributo favorável sobre a qualidade de vida”.

Na opinião de Moritz *et al* (2008), um utente é considerado em condição terminal quando sua doença, independente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte.

Para Kipper (1999), o UT de acordo com uma condição de irreversibilidade apresentando uma alta probabilidade de morrer no período relativamente curto que oscilaria entre três a seis meses. Ainda o mesmo autor salienta que o UT é aquele que não temos mais recurso para oferecer-lhe a não ser, aliviar-lo da dor, prevenir das dificuldades respiratórias e oferecendo-lhe conforto.

Resumindo podemos dizer que, nesses utentes a morte é eminente e cabe aos profissionais de saúde, com destaque a enfermagem ofereça-lhes atenção nos CP e não curativos e uma morte digna. O enfermeiro ao cuidar da pessoa em fim de vida deve ter em conta que a objetivo principal é proporcionar o conforto, aliviar os sintomas, dar apoio emocional e amor para que ele encara a realidade do seu sofrimento.

Mas já, Báron e Féliu (1996), *cit in* Frias (2003, p.60), mencionam que os critérios que definem a pessoa em fim de vida são:

- Doença de causa evolutiva;
- Estado geral grave;
- Perspetiva de vida não superior a dois meses;
- Insuficiência de órgãos;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos;
- Ausência de tratamentos alternativos úteis para a cura ou sobrevivência;
- Complicações finais irreversíveis.

Segundo Bernardo *et al* (2004), o utente pode reagir à doença terminal de diversas formas, visto que eles podem aceitar ou negar as notícias, oscilar entre aceitar ou negar ou ainda fazer as duas ao mesmo tempo.

Sobre este assunto podemos ver na ótica do mesmo autor que mesmo tendo conhecimento de que estão a morrer, mas a nível emocional não conseguem aceitar a realidade, mas por outro lado, eles podem aceitá-la, mas não conseguem verbalizá-la. Seja qual for a resposta, aceitam-na para proteger o ego chocado e conhecer as necessidades emocionais do utente no momento, (Bernardo *et al*, 2004).

Nesse sentido Bernardo *et al* (2004), enfatiza que existem quatro classes de variáveis que influenciam a resposta do utente pelo facto de saber que vai morrer que estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 1: classes de variáveis que influenciam a resposta do utente pelo fato de saber que vai morrer:

1º Classe: Características pessoais	2ºClasse: Características das relações interpessoais	3ºClasse: Fatores socioeconómicos e fatores ambientais	4ºClasse: Características específicas da doença
Personalidade; Sexo/Idade	Relações com os elementos cuidadores, família e amigos	Recursos financeiros e estabilidade desejada	Significação pessoal da doença e a sua localização no corpo
Estilos de comportamento e habilidades	Qualidade e quantidade das relações do paciente	Estatuto económico	Expectativas criadas acerca do tempo de vida que lhe resta. Influencia os planos para a trajetória de vida que ainda possui, quanto tempo lhe

			restará para terminar assuntos pendentes
Religião e filosofia de vida	O grau de suporte emocional e segurança das relações do paciente com os outros	O grau de acesso a um tratamento médico de qualidade	O grau de acesso a um tratamento médico de qualidade
Contexto social, cultural e grupo étnico	O grau de transparência e honestidade na comunicação com os elementos significativos	Estatuto ocupacional e profissional	Presença da dor e que tipo
Experiências prévias de perda e morte	O meio social do utente	Educação/Classe social	Efeitos da deterioração física e mental/Efeitos das drogas e medicamentos/Efeitos do tratamento
Maturidade/Inteligência		Ambiente físico	A percentagem da perda do controle
Saúde mental			Numero e percentagem de perdas secundarias
Realização pessoal			Proximidade da morte
Estilos de vida			Percentagem de progresso face à morte

Fonte: Bernardo *et al* (2004).

Quando cuidamos de um UT, temos de ter em conta que, a morte é fenómeno inevitável, por isso devemos oferecer-lhes conforto e segurança, como alívio do sofrimento.

1.2 Cuidados Paliativos (CP)

Apesar de todos os avanços da ciência e da modernização dos hospitais no sentido de prolongar a vida, há vários casos em que têm que lidar com as perdas mesmo indo contra os princípios da sociedade que proclamam que o único objetivo dos serviços de saúde é a cura das doenças. Em suma, trabalhar com utentes que estão fora das possibilidades terapêuticas de cura e onde o desfecho esperado é a morte.

Apoiar os utentes e os familiares a lidarem com as perdas, no caso a morte é um modelo de saúde denominado de CP. Segundo o CREMESP (2008, p. 18),

“para entender a origem do termo Hospice, por muito tempo usado para designar a prática dos C P, é necessário um pequeno mergulho na história, pois o termo foi primariamente usado para definir espécies de abrigos destinados ao conforto e a cuidados com peregrinos e viajantes. O relato mais antigo é do Hospício do Porto de Roma, século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes oriundos da Ásia, África e do Leste. (Cortes, 1988). Os Hospices medievais por sua vez abrigavam peregrinos e utentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa, como o caminho de Santiago de Compostela. Muitos deles morriam nestas hospedarias, recebendo cuidado leigo e caridoso. Instituições de caridade surgiram na Europa do século XVII e construíram abrigos para órfãos, pobres e utentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente, e que, no século XIX, começaram a ter características de hospitais, com alas destinadas aos cuidados de utentes com tuberculose e alguns com câncer”.

O cuidado a estes utentes era essencialmente leigo e voltado para o cuidado espiritual e tentativa de controlo da dor. Foi num local como este, o St. Lukes' Home, em Londres, que a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foram trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano, estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos UT, ainda a mesma publicou artigos fundamentais em que descreve as necessidades destes utentes, difundiu o conceito da dor total e se tornou uma grande defensora dos cuidados a serem dispensados ao final da vida, (CREMESP, 2008).

Também Saunders, (1967), fundou em Londres o St Christofer Hospice e deu início ao que se chama hoje de Movimento Hospice Moderno, a estrutura permitiu não apenas a assistência aos utentes, mas esforços de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países, (CREMESP, 2008).

Em 1982 o comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas que visassem ao alívio da dor e aos cuidados do tipo Hospice para utentes com câncer e que fossem recomendáveis a todos os países.

O termo C P passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo Hospice em alguns idiomas.

Portanto OMS (1986), publicou sua primeira definição de C P sendo “cuidado ativo e total para utentes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controlo da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais e o objetivo do C P é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para utentes e familiares.

Seguindo a mesma linha de pensamento, segundo OMS (2002), CP é a abordagem que promove qualidade devida de utentes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, (CREMESP, 2008).

E sendo assim estes cuidados exigem o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, podendo ser desenvolvidos tanto em ambiente hospitalar ou no domicílio. Estes cuidados prestados não abrangem somente o utente, são também extensivos á família, (FEC e ESESFM, 2016).

Segundo Fundação Fé e Coperação e Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (FEC e ESESFM, 2016), denominam-se CP, de cuidados necessários em fim de vida, tendo como meta o prolongamento da vida pois eles constituem um modelo de cuidados totais, ativos e integrais, visando a qualidade de vida, oferecidos aos utentes com doença avançada e terminal e a sua família, legitimando pelo direito do utente de morrer com dignidade.

Na definição da OMS os CP é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos utentes e seus familiares frente a problemas associados á doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas, física, psicossociais e espirituais”. Idealmente, estes cuidados requerem equipas multidisciplinares, (FEC e ESESFM, 2016).

Também seguindo a mesma lógica FEC e ESESFM (2016, p. 37) o modelo assistencial ao UT deve apoiar-se nos seguintes princípios:

- Saber quando a morte está a chegar;
- Manter controlo sobre o que está a acontecer;
- Preservar a dignidade e privacidade;
- Aliviar a dor e demais sintomas;

- Escolher o local da morte;
- Ter suporte espiritual e emocional;
- Controlar quem está presente;
- Ter tempo para dizer adeus;
- Partir quando for o momento.

Segundo Sadala e Silva (2009), o CP tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos utentes que se encontram na fase terminal da doença, pois é um cuidado voltado para prevenir e aliviar o sofrimento, através do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, na concepção da reafirmação da vida e da visão da morte como um processo natural.

Frisado por Carvalho (2009), CP é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência a arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença.

Assim como, Knobel e Silva (2004) realçam que, cuidar de UT exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana contribuindo, consequentemente, como processo de humanização dos CP.

Dentro deste contexto, os CP se inserem como uma medida extremamente necessária, com a certa abordagem de promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência. Entretanto, ainda pouco se educa em nosso país sobre estes cuidados.

Desta forma, Araújo e Silva (2008) realçam que, ter uma doença que ameaça a vida pode resultar em um morrer lento, com muito sofrimento físico, mental, social e emocional, pois é a abordagem que promove qualidade de vida dos utentes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, pois requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Entendemos com (CP) toda a assistência prestada aos utentes, que se encontra fora da possibilidade de cura para aliviar o sofrimento segundo as suas necessidades, pois a enfermagem é um meio contínuo de cuidados com os enfermos, com a finalidade de acolher, preservar e proporcionar condições físicas, mentais e espirituais dos mesmos.

Segundo Bragança (2011), a enfermagem compreende a prestação de cuidados autónomos e em colaboração a indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, utentes ou não, em todos os contextos.

Dessa forma, Bragança (2011, p.16) acrescenta que,

“o enfermeiro encontra-se numa situação ímpar e privilegiada relativamente aos CP não só por permanecer nos serviços de cuidados de saúde durante um período mais longo, mas também porque é ele que presta mais cuidados diretos, relacionando-se mais de perto com os familiares, podendo durante a prestação de cuidados realizar uma avaliação inicial ao pormenor, desenvolver uma comunicação profunda, planejar e implementar intervenções terapêuticas junto dos doentes e familiares”.

Para Watson (2002), cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem, consiste em tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência.

Nesse âmbito Watson (2002) salienta que, a essência dos cuidados de enfermagem baseia-se na interação entre o enfermeiro e o utente como fenómeno singular e único, deste modo, a prática de enfermagem é de natureza interpessoal, tendenciosamente cuidativa, valorizando a tão necessária relação entre ambos e surgem num campo muito vasto e específico, que vão ter em conta não só os sintomas da doença, mas todo o contexto do adoecer em que é possível atuar.

Segundo Silva *et al* (2008) para a enfermagem, os CP são inerentes à sua prática cotidiana, é uma ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto, porém, é dever dos profissionais de enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada.

Também o mesmo autor acrescenta que oferecer CP em enfermagem é:

- Vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e graça;
- Proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte;
- Oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados ao agressivo controlo da dor e de outros sintomas;
- Ensinar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito;
- Contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor.
- Complementando assim que, no entanto, a enfermagem e especialmente o enfermeiro, têm enorme potencial para otimizar esse cuidado e é um excelente

avaliador dos sintomas e suas intensidades (não só a dor), está mais atento aos sintomas de natureza não apenas física, pode ajudar muito a prevenir complicações indesejáveis, Silva *et al* (2008).

1.2.1 Humanização nos cuidados paliativos

É fundamental unir os CP à uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade.

Grande parte dos profissionais de saúde que trabalham com UT enfrentam desafios para tentar promover uma assistência de alta qualidade, sem se esquecer do lado humano do cuidar.

A ideia de humanizar é mais intensa quando se fala em UT, por isso deve ser discutida e praticada pelos profissionais de saúde em toda sua amplitude. Portanto, uma reflexão sobre o significado dessa palavra merece destaque.

Neste sentido segundo Marengo *et al* (2009), o desafio da humanização é criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro. Humanizar o cuidar é dar qualidade a relação profissional da saúde-usuário nos serviços, ou seja, acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito.

Para Santana *et al* (2009), é fundamental unir os CP à uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade. Para tanto a humanização não é mais uma prática adotada durante o atendimento ao utente, mais que isso, é uma visão holística com troca de conhecimentos, experiências e sentimentos.

De acordo com Fortes (2004), humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autónoma.

Complementando Pinto (2013), a humanização dos cuidados requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, cujo foco principal é a preservação da dignidade do utente, com respeito pelas suas necessidades, valores éticos e princípios morais, o alívio da dor e do sofrimento através dos recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis.

Também seguindo a mesma linha de pensamento Pinto (2013) diz que, atualmente a enfermagem exige um respeito humanista pela unidade funcional do ser

humano (...) o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

Segundo Silva *et al* (2008), cabe ao profissional identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada ser cuidado, planejando e implementando ações que permitam ao indivíduo o máximo controlo sobre sua própria vida e doença, preservar a autonomia do utente, exercitando sua capacidade de se autocuidar, reforçando o valor e a importância da participação ativa do utente e seus familiares nas decisões e cuidados ao fim da vida, permitindo uma melhor vivência do processo de morrer.

O utente precisa ser visto como um sujeito presente, que não se limita apenas a um leito e a uma patologia, por isso os cuidadores têm que despertar para a sensibilidade humana colocando-se a serviço e no lugar do outro, (Baldessari *et al*, 2009).

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, portanto é dever do profissional de saúde respeitar todo o ciclo vital do indivíduo, mas também encarar a morte como um processo natural, procurando o bem-estar do utente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim.

1.3 Comunicação entre enfermeiro e utente em fase terminal

A comunicação é uma forma como as pessoas se relacionam entre si, dividindo e partilhando informações principalmente dentro deste contexto, sentimentos, emoções, que pode ser ouvida, observada ou tocada.

Segundo Henderson (1996), a comunicação clarifica e proporciona eficácia nas relações estabelecidas diariamente, reabilita o utente física e mentalmente, permite estabelecer laços significativos entre o enfermeiro e o utente, privilegiando assim a satisfação das necessidades psicossociais (sofrimento, solidão, depressão).

Para Medeiros (2008), a comunicação é um processo natural, uma arte, uma tecnologia, um sistema e uma ciência social, também é a força que contesta e transforma as estruturas sociais e de governos é também o veículo de auto-expressão.

Ainda na mesma linha de pensamento Sadala e Silva (2009), acrescenta que a comunicação com a equipe de saúde adquire importância maior, pois o utente é vulnerável e seu tempo é limitado.

A comunicação é fundamental na relação humana, principalmente quando se trata de uma relação entre utentes e profissionais de saúde, neste caso o enfermeiro, tendo a frente um UT sabendo que um dos cuidados prestados para o alívio é a comunicação, sendo verbal ou não verbal, promove assim um elo de ligação entre a equipe de enfermagem, utente e família.

Muitas vezes, a doença associada a hospitalização afeta ainda mais a situação psicológica do UT. Por isso é tão importante cuidar do diálogo para que o utente não se isole ou seja isolado.

Segundo Carvalho e Parsons (2013, p.75), o emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo ao utente compartilhar seus medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a manifestação da autonomia do utente.

Na mesma ótica Sapeta e Lopes (2006) refere que, não existe cuidados sem interação e ao mesmo tempo, ela própria se constitui como cuidado. Como seres humanos não existíamos sem comunicação e esta só acontece em resultado da interação.

O utente que é amparado lida melhor com a sua doença e elabora com mais facilidade os seus sentimentos. Para o utente, essa é a forma essencial para que ele consiga suportar todas as dificuldades de sua doença sendo capaz de expressar seus sentimentos e se sentir compreendido e acolhido.

Na perspectiva Henderson (2007 p.56), quanto mais compreensiva for a enfermeira, tanto mais ganha a confiança do utente e da família e mais apta fica para ajudar o utente a ultrapassar os efeitos psicológico da doença.

Ainda a mesma autora acrescenta que se as enfermeiras aceitarem o papel de interprete-comunicador, acolherão com prazer as oportunidades de estar com o utente de conhecer os que com ele se relacionam, ouvi-los e falar-lhes, independentemente do local, a enfermeira tem a responsabilidade de ajudar o utente a manter e desenvolver formas satisfatória de expressar as suas necessidades, interesses e desejos, (Henderson, 2007).

Em conformidade com Carvalho e Parsons (2013, p. 75),

“a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são resinificados representando a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis de enfrentamento. O utente sob CP deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim além de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, estes utentes necessitam sentir-se

cuidados, amparados, confortados, compreendidos pelos profissionais de saúde que deles cuidam. Expressões de compaixão e afeto na relação com o utente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção e consolo, além de paz interior”.

1.4 Assistência de enfermagem ao utente terminal

Ao depararmos com um UT, logo observa-se uma mudança de comportamento da mesma, recaindo diretamente na qualidade da assistência. É necessário que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada pois o utente hospitalizado padece de uma ausência de suas atividades, de seus amigos e familiares.

Sendo que há normas e regras a serem cumpridas, como por exemplo, o horário de visitas, contribui para que o utente tenha aumentado seu sentimento de abandono e solidão, pois não pode estar sempre com as pessoas que lhe são queridas. Sendo assim o enfermeiro pode ser flexível no sentido de promover e facilitar a visita de familiares e amigos, de acordo com as condições do utente que proporciona uma certa segurança.

Segundo Fernandes (2008), a enfermagem como profissão humana em que o seu objeto de trabalho são as pessoas, é muito importante que os enfermeiros adaptem uma conduta reflexiva acerca do que se faz, porque se faz, como se faz e também não menos importante o que se sente, partilha e transmite ao fazer, avaliando a sua prestação e as suas competências numa perspetiva ética, moral, profissional, social e pessoal.

Nesta ótica Alves (2012), salienta que cuidar de UT, torna-se premente satisfazer as suas necessidades: físicas, psíquicas emocionais e ou afetivas e espirituais, o que requer do profissional de saúde, para além dos conhecimentos técnico-científicos adequados, comprometimento, sensibilidade, facilidade de comunicação, entre outros.

Realçando Alves (2013), a atuação dos profissionais da enfermagem é primordial e indispensável para promover o máximo de conforto ao utente em sua terminalidade humana, a fim de vivenciar o processo de morte com dignidade.

Afirmado por Oliveira (2015), que o enfermeiro é o profissional que coordena todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao utente e tudo o que o envolve no contexto da instituição hospitalar.

Assim Hesbeen (2001), suscita que a assistência envolve todos os profissionais de saúde uma vez que, é uma interação que os move. Sabendo que os que cuidam fazem parte do universo da saúde, e ainda afirma que a assistência é fundamental, e permite aglomerar todos os elementos da equipe numa mesma perspetiva.

1.5 Vivência e sentimentos na ótica do enfermeiro perante o Utente Terminal

O enfermeiro é a pessoa que sente, expressa e planeia o seu desempenho sempre que se lida com o outro que precisa da sua ajuda e da sua companhia para viver esta fase tão especial e singular da sua vida.

Muitas vezes vivência a fase terminal do utente de uma forma especial, pois acompanha o seu sofrimento durante o internamento, iniciando assim uma relação pouco duradoura manifestando os seus próprios receios no âmbito temedouro como é o encontro com a morte eminente do outro.

Segundo Freitas *et al* (2016), o enfermeiro precisa lidar com a morte de maneira equilibrada para que não haja com frieza e nem deixe suas emoções o influenciarem, correndo o risco de oferecer uma assistência desumanizada.

Seguindo a mesma linha de pensamento, deve lidar com o sofrimento, com a aflição e com os receios que podem existir, nos mais diversos momentos que envolvem o cuidar, não somente conhecimento das técnicas e da doença em si, mas também habilidades para trabalhar com os sentimentos dos outros e com suas emoções perante o utente com ou sem probabilidade de cura (Freitas, *et al* 2016).

Nesta ótica Barbosa (2010) enfatiza que, os enfermeiros que são formados para salvar vidas, quando a morte acontece é vista muitas vezes como um fracasso naquilo que é considerado o propósito da sua profissão, apesar de que, no ambiente hospitalar eles deparam quase todos os dias com a morte como nos mostra.

Para Oliveira, Brêstas e Yamaguti (2007) afirma que, a morte é um evento biológico que encerra uma vida e que pelas suas características ela é capaz de suscitar emoções e reações maiores do que em outros eventos vitais, tanto no individuo que esta morrendo como nas pessoas a sua volta.

Complementando Barbosa (2010), a morte é o fim da vida, faz parte dela, é um momento pessoal e único. O novo modelo de morte, nos últimos tempos é no hospital, e como tal, o profissional de saúde deve dar uma resposta acertada.

Os autores Costa e Mazzaia (2010) salientam que, a morte pode representar tanto parte do desenvolvimento humano ou seja, um evento biológico que encerra uma vida quanto um processo constituído socialmente que não se distingue das outras dimensões do universo e das relações sociais.

Realçando Saraiva (2015), apesar dessa constante na vida profissionais dos enfermeiros estes encaram a morte com angustia, incertezas e desespero, pois apesar de

todo o esforço, há um certo receio em não estar a prestar um bom cuidado para prolongar a vida do paciente, não saber comunicar assertivamente e principalmente não conseguir fazer nada para evitar a morte.

Porem, Oliveira e Amorim (2008, p. 192) afirmam que,

“por não ser um tema fácil, visto que, muitas vezes, causa sensações de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa, acreditamos que a academia como instituição formadora precisa se preocupar e ter profissionais com sensibilidade que possam expressar seus sentimentos para aprofundar esta temática no processo de ensino e aprendizagem. Observamos que no período de formação, é difícil o estudante ter oportunidade para vivenciar evento tão complexo”.

Ainda os mesmos autores falam da necessidade de espaços de discussão e reflexões sobre o tema “morte” para que os enfermeiros saem das universidades com uma compreensão mais clara a respeito da morte e as formas culturais e sociais de a encarar, (Oliveira e Amorim, 2008).

1.6 Fases da Morte

A morte é um fato que existe desde os primórdios apesar de que até hoje significa um grande choque para as pessoas, ficando sensíveis a este fenómeno.

Sendo os enfermeiros, lidando quase diariamente com este fenómeno ainda sentem-se dificuldade em vivencia-la sabendo que é um acontecimento que faz parte da vida, gera um grau de tristeza, angustia e sofrimento no momento de aceitar a morte.

Segundo Mendes *et al* (2009), o fato mais desconcertante é que a morte é um lugar inacessível aos que estão vivos, e sobre ela, tanto doutrinas filosóficas quanto religiosas vem debruçando-se em reflexões, na tentativa de explicar, clarear, e entender seu objetivo.

Também mencionado mais tarde por Santos (2016), a morte é um processo natural da vida, é de fundamental importância que esta etapa ocorra respeitando-se a dignidade do morrente.

Segundo Kubler- Russ (2002) a morte divide-se em cinco estágios:

- Negação e Isolamento; (não, eu não);
- A Raiva; (porque eu?);
- Barganha; (eu, está bem, mas...), nesta fase o utente quer manifestar acordo com a morte;
- Depressão; (sim, eu...) onde o utente lamenta e chora provocando o sentimento de culpa;

- Aceitação. (a hora está próxima e está tudo bem ...).

A **Negação e Isolamento**, o utente reage com a expressão (não, eu não), é um mecanismo de defesa contra a ansiedade frente ao confronto com a inexorabilidade existencial pode ser ruim para o prognóstico do utente nos casos em que afastam da busca de auxílio profissional para lidar com a doença. Ele tenta fazer as atividades do dia-a-dia como se nada tivesse acontecido, isso depende de diversos fatores, incluindo: estrutura de personalidade, apoio familiar, social, tipo de cultura, idade, forma de comunicação do diagnóstico, (Kubler – Russ, 2002).

Com isso, surge a **Raiva** que é o segundo estágio (porque eu?) de revolta, inveja e ressentimento. Este sentimento se origina com reação a interrupção prematura a atividades existenciais; construções começadas que ficarão inacabados; sonho que se esperavam alcançar, (Kubler – Russ, 2002).

Com isso aparece a **Barganha** o estágio em que o utente ao ver que não tem perspectiva de cura e reage com a expressão (eu, está bem, mas...) e faz algum tipo de acordo interno, com o propósito de adiar o desfecho inevitável. Se Deus não atendeu minhas preces com ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma, (Kubler – Russ, 2002).

Essas fases anteriores, seu afastamento, sua revolta e raiva darão lugar a um sentimento de grande perda que poderá ter como consequência a **Depressão**, (sim, eu...) onde o utente lamenta e é obrigado a se submeter, para se preparar para quando tiver a deixar este mundo, finalizando assim com o processo doloroso que é a **Aceitação** a que nem sempre todos os utentes chega a esta fase devido a morte súbita ou inesperada e os que chegaram agradece aos que se propuserem a estar com ele neste estado de tristeza profunda (a hora esta próxima e esta tudo bem), (Kubler – Russ, 2002).

Com a abordagem destas fases que atravessa esses utentes, achamos pertinente realçar que são acompanhadas de muitos sofrimentos por ambas as partes seja ela, utente, família e profissionais e segundo este conceito Neto (2004, p.24) destaca que, as principais fontes de sofrimento por que passam são os seguintes:

- Perda de autonomia e dependência de terceiros;
- Sintomas mal controlados;
- Alterações da imagem corporal;
- Perda de sentido da vida;

- Perda da dignidade;
- Perda de papéis sociais e estatutos;
- Perda de regalia económica;
- Aerações nas relações interpessoais;
- Modificações de expectativas e planos futuros;
- Abandono.

1.7 Diagnósticos de enfermagem

No decorrer desse trabalho demonstramos os principais conceitos e teorias referidos ao UT, fazendo com que houvesse a necessidade de indicar alguns diagnósticos de enfermagem que constatamos nos mesmos durante a hospitalização.

Assim foram utilizados o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e as respetivas intervenções de enfermagem.

Segundo NANDA (2012-2014), o diagnóstico de enfermagem, consiste na tomada de decisão clínica sobre a presença de uma resposta humana que requer intervenção de enfermagem; o diagnóstico é fundamental para definir o plano de cuidados e resultados esperados.

Na mesma linha de pensamento que McCloskey e Buleckek, (2004, p. 878), realçam que “as ligações dos diagnósticos de NANDA e as intervenções de enfermagem ajudam na fundamentação diagnostica, e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro”.

Realçando Henderson (2007), a enfermagem ajuda a planear e executar o plano global, quer ele seja para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença, quer para o apoiar na morte.

Quadro2: Perante essas reflexões achamos pertinente apresentar o Diagnóstico de enfermagem NANDA e as respetivas Intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem
Processo familiar alterado , relacionado com processo de transição ou crise.	Promoção do envolvimento familiar.
Adaptação prejudicada , relacionada com o novo ambiente (Hospital).	Aumento do sistema de apoio. Facilitação de visitas da família e amigos.

Manutenção da saúde alterada , relacionada com estratégias ineficazes de resolução individual.	Melhoria do enfrentamento; Promoção do exercício físico; Educação para saúde.
Dor Crônica , relacionada com incapacidades físicas.	Controlo da dor; Administração de medicamentos
<i>Ansiedade, relacionada com ameaça ou mudança no ambiente.</i>	Redução da ansiedade; Melhoria do enfrentamento; Mudança do ambiente
Comunicação verbal prejudicada , relacionado com ausência de pessoas significativa.	Aumento do sistema de apoio. Promoção do envolvimento da família e amigos. Orientação para a realidade
Mobilidade física alterada , relacionada com forças e resistências não diminuídas.	Terapia de exercícios (fisioterapia); Controlo da dor; Controlo do ambiente
Distúrbio no padrão do sono , relacionada com alterações sensoriais (doenças estresse psicológico, mudanças ambientais, situações sociais).	Incremento do sono; Redução da ansiedade; Supervisão: segurança.
Alimentação prejudicada	Estimulação para alimentação; Oferecer uma dieta de acordo as suas necessidades.
Défice de Autocuidado: higiene corporal , relacionada com força e resistência diminuída.	Assistência no autocuidado
Dificuldade em despir, vestir e arrumar-se , relacionada com força e resistência diminuída.	Cuidados com os cabelos; Auxiliar no autocuidado; Cuidados com as unhas; Promoção do exercício.

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA

2 - Explicitação metodológica

Neste capítulo pretende-se demonstrar a metodologia de investigação em estudo, ou seja, o percurso que o estudo se tomou, e tentar delimitar métodos que permitirá alcançar os objetivos desejados.

A enfermagem atual está ciente da importância da investigação para a atualização do seu corpo de conhecimentos. Tendo por base o objetivo do estudo pesquisas bibliográficas incluindo livros, artigos, artigos de revisão, editoriais e diretrizes escritos na língua portuguesa publicada, dissertações, teses foram analisados com finalidade de adquirir novos conhecimentos.

Ainda Fortin (1999) acrescenta que, a metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um projeto de investigação, pois os resultados finais são condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram estes resultados, realça ainda que a fase metodológica é um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científico. Neste sentido dentro deste capítulo encontramos o tipo de estudo delineado a população alvo, o método de eleição para recolha de informações e por fim os preceitos éticos.

2.1 Tipo de estudo

Tendo em conta os aspetos já citados, achamos pertinentes optar por um estudo qualitativo, descritivo, exploratória e fenomenológica. Sendo que, o estudo qualitativo é o que mais se adapta ao presente trabalho, pois, o objetivo do mesmo é compreender a importância da vivência e o sentimento do enfermeiro frente ao UT hospitalizado, que se pretende realizar no HRJM. Acredita-se que se trata do mais adequado a essa investigação, com o intuito de que o objetivo do presente não é quantificar, mas sim analisar percepções dos participantes sobre o fenómeno em estudo.

Para Bogdan e Biklen (2003), na pesquisa qualitativa têm como alvo “...melhor compreender o comportamento e a experiência humana. Eles procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana”.

É um estudo descritivo, com vista a uma melhor identificação com o tema em estudo no setor de medicina, visto que consiste em descrever simplesmente um fenómeno

ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população.

Ainda podemos realçar que as pesquisas descritivas têm como principal objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenómeno ou a determinação de relações entre variáveis.

A pesquisa exploratória é familiarizar com um assunto pouco conhecido e pouco explorado, é abordado no método qualitativo. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema e pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

O estudo fenomenológico tem com objetivo descrever a experiência, como é vivida e descrita pelas pessoas, tocadas por um fenómeno preciso. Portanto Fortin (2009), a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas. Ainda de acordo com a mesma, a fenomenologia, a etnologia, a teoria fundamentada, a investigação histórica, o interacionismo simbólico e construtivismo constituem os principais tipos de investigação qualitativa.

2.2 População alvo

A população alvo em estudo são todos os enfermeiros do setor de medicina do HJM onde fazem internamento dos UT, sendo que reúnem as características necessárias para a aplicação da entrevista após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Segundo Fortin (1999 p, 202), a população é “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual essa informação é colhida”.

Portanto a população deve ser aqui entendida no seu sentido mais lato o conjunto de elementos constituintes de um todo.

2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os enfermeiros que participaram no estudo, foram selecionados tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão:

Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes:

- Enfermeiros do setor de Medicina do HJM com mais de (03) três anos de trabalho no serviço;

- Desejo de participar por livre vontade.

Temos como critérios de exclusão delineados para o estudo os seguintes:

- Enfermeiro (a) chefe do serviço.

Portanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a população alvo do estudo ficou constituído por cinco enfermeiros, que foram de encontro aos requisitos propostos.

2.3 Instrumentos de recolha de informações

É fundamental escolher um instrumento de recolha de dados para um trabalho de investigação, qualquer que seja ela. Para a investigação, tendo em conta o desenho metodológico escolhido, optamos como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada de perguntas abertas, por se demonstrar ser a mais pertinente para atingir os objetivos delineados.

Utilizamos um guião de entrevista (apêndice 1) com (quinze) perguntas abertas relacionadas aos sentimentos dos enfermeiros que trabalham na enfermaria de medicina. Optamos por perguntas abertas pois permite ao entrevistado decidir o que vai responder de forma livre ao invés de ter uma opção de resposta já estabelecida expressando assim naturalmente o seu pensamento e sentimento em relação ao tema.

Segundo Fortin (1999), “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos as questões de investigação formulada”.

A entrevista foi realizada em um local fechado, com o intuito de avaliar a vivência e sentimento do enfermeiro frente ao UT de forma a manter a privacidade dos mesmos e que se sintam confortáveis. As informações foram recolhidas pelas próprias investigadoras, a partir do mês de maio. As entrevistas foram realizadas em português e transcritas em português para o trabalho.

2.4 Descrição do campo empírico

A investigação foi realizada na enfermaria de medicina do HJM, localizado na Cidade da Ribeira Grande, na ilha de Santo Antão, sendo o setor neste hospital onde encontramos a maioria dos UT levando os enfermeiros do mesmo a este desafio que é viver com o utente os seus últimos momentos. Neste setor trabalha cinco Enfermeiras,

sendo que uma é enfermeira chefe e as restantes trabalham em regime de turnos, um Médico que trabalha 24 horas e cinco ajudantes de serviços gerais.

Dispõe de cinco salas de internamento, sendo duas para homens que na totalidade levam 8 leitos e duas de mulheres que na totalidade levam 9 leitos, duas de isolamento com quatro leitos e ainda um quarto particular, com um total de vinte e três camas. Ainda de quatro quartos individuais, um para enfermeiros, outro para ajudantes serviços gerais, um quarto para médicos e uma sala de trabalho de enfermagem, com um total de nove casas de banho individual. O setor de medicina se encontra inserida o setor de pediatria que esta sob responsabilidade dos enfermeiros da medicina, ou seja, ou enfermeiros trabalham na medicina e pediatria conjuntamente.

2.5 Aspetos éticos e legais

Com o surgimento de novas tecnologias e a aquisição de novos conhecimentos científicos nos colocam novas questões éticas, e sendo assim ética na pesquisa qualitativa salienta a importância do respeito à dignidade, autonomia e aos direitos dos pesquisadores e dos pesquisados, (Guerreiro, 2006).

Quando se trata de pesquisa que envolva seres humanos é preciso deixar claro o respeito às normas éticas e também contar com o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa.

Segundo Struberte e Carpenter (2002, p.37), “a prática profissional de enfermagem e das disciplinas relacionadas com a saúde enfrentam situações que exigem quotidianamente tomada de decisões éticas e morais”.

Neste estudo serão respeitados todos os procedimentos éticos garantidos, neste sentido foi solicitado uma autorização formal da instituição de saúde (anexo 1) para que se pudesse realizar o estudo, e pela confidencialidade dos participantes foi endereçado um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) e que a participação é voluntária, logo seriam livres para renunciar do mesmo. No decorrer das entrevistas procura-se explorar e clarear o discurso, abster-se de juízos de valores, preconceitos e falsas evidências, tentando não interferir na opinião dos entrevistados.

Após autorização da direção do Hospital e do consentimento dos enfermeiros a serem entrevistados começaremos a coleta de dados através de pequenas entrevistas agendadas em locais reservados.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

3. Apresentação e análise de dados

Com o término da recolha dos dados, segue-se a apresentação e a análise dos resultados obtidos. Esta fase divide-se em três componentes sendo a primeira a caracterização da população entrevistada, a segunda pela análise de conteúdo das entrevistas de perguntas abertas e por fim a conclusão da análise dos dados.

Segundo Fortim (1999 p.42), a análise de dados “permite produzir resultado que pode ser interpretado pelo investigador. Os dados são analisados em função do objeto de estudo, explora ou descreve fenómenos”.

Nesta etapa faz-se a apresentação das informações colhidas ao longo da investigação, seguidamente fez-se análise e discutidos. Em suma, o plano de investigação precedente foi posto em execução.

Durante o tratamento de dados foi atribuído nomes fictícios aos participantes de modo a ter o anonimato dos mesmos, seguindo sempre de forma fidedigna a ordem com que os participantes expuseram as informações.

A exposição da pesquisa de análise de dados seguirá a ordem atribuída no guião de entrevista, elaborando categorias para uma melhor compreensão.

3.1 Caracterização da população em estudo

Os dados que serão expostos foram escolhidos por compreender serem os mais pertinentes para o presente estudo. Para preservar e as identidades dessas pessoas, foi pertinente recorrer a nomes fictícios, caracterizando-as assim: mercúrio, vénus, terra, marte, Júpiter, que são nomes atribuído aos planetas.

Segundo Vilelas (2009, p.372), “a confidencialidade implica num pressuposto a confiança que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada”.

A população é constituída por cinco enfermeiros que trabalha no HJM, no serviço de enfermagem de medicina. As características da população em estudo serão descritas no quadro (3) que se segue:

Quadro 3 - Caraterização dos entrevistados

Enfermeiros	Sexo	Idade	Estado civil	Tempo de serviço
Mercúrio	Feminino	36	solteira	7
Vénus	Feminino	38	solteira	6
Terra	Feminino	32	solteiro	8
Marte	Feminino	35	solteira	8
Júpiter	feminino	32	solteiro	4

Fonte: Elaboração própria

Na análise do quadro (3) que carateriza a população observou-se que os cinco (5) participantes são do sexo feminino, com idade compreendida entre trinta e dois (32) á trinta e oito (38) anos de idade. Quanto ao estado civil são todas solteiras. Respetivamente ao tempo de serviço, uma tem quatro (4) anos de serviço, (Júpiter), sete (7) (mercúrio), seis (6) vénus, e dois com oito (8) anos de serviço (terra e marte).

3.2 Análise de conteúdo das entrevistas

Para uma melhor interpretação e compreensão dos dados colhidos nas entrevistas houve a necessidade de fazer uma análise de conteúdo que é uma estratégia que serve para identificar um conjunto de caraterísticas essenciais a significação ou a definição de um conceito. Neste sentido foi necessário agrupa-las em categorias e subcategorias, sendo que apresentação será elucidada por um texto descritivo e fragmentos das entrevistas com o objetivo de validar a interpretação das informações.

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 255), as categorias são “rúbricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado e é um processo essencial na análise de conteúdo, pois fazem a ligação entre os objetivos e os seus resultados”.

Quadro 4 - Categorias e subcategorias das entrevistas

Categorias	Subcategorias
I - Conceito de utente terminal	
II - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros quanto a prestação de cuidados ao utente terminal.	- O cuidar e os benefícios de cuidar de um utente em fase terminal em enfermagem. - O relacionamento entre o enfermeiro e a família do utente terminal
III - A vivência do enfermeiro com o utente terminal na sua experiência profissional.	
IV - Experiências emocionais vivenciados pelos enfermeiros no serviço de medicina ao utente terminal	Sentimentos do enfermeiro no processo de morte e morrer do utente terminal

Fonte: Elaboração própria

Categoria I: Conceito de utente terminal

Nesta categoria pretende-se analisar a percepção dos enfermeiros sobre o conceito de UT em que responderam que depende da patologia do utente sem possibilidade de cura, e demonstraram que tem conhecimento sobre o conceito e que pode ser feito é aliviar o sofrimento até a morte.

Terra - *“é um utente que tem uma doença crónica onde resta pouco tempo de vida, pois esta físico e psicologicamente esta muito vulnerável”.*

Vénus - *“é um utente que espera a morte”.*

Mercúrio - *“é um utente que tem uma determinada doença que não tem cura e leva a morte”.*

Constatamos que todos os enfermeiros têm uma noção do conceito, visto que é habitual terem utentes em fase terminal na enfermaria, acabam por adquirir conhecimento, experiência com a convivência com esses utentes no dia-a-dia. Os cuidados proporcionados ao utente terminal com o propósito de minimizar o sofrimento e proporcionar a satisfação das necessidades básicas e uma morte digna.

Categoria II: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros quanto a prestação de cuidados ao utente terminal.

Nessa categoria pretendemos apontar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros quanto a prestação de cuidados ao utente terminal, os entrevistados responderam que os cuidados utilizados são benéficos e aplicáveis a qualquer utente, seja ela terminal ou não uma vez que esses utentes necessitam de cuidados específicos e adequados as suas necessidades de uma forma holística, o que foi constatado que os enfermeiros reconhecem as estratégias do cuidado ao utente terminal.

Marte – *“Manter o máximo de privacidade, uma linguagem mais simples, estar mais presente com ele e tentar realizar os seus desejos (s..) promover a participação da família nos cuidados”*.

Terra – *“Ter uma boa comunicação, chegar perto do utente assegurando suas mãos, deixar que ele sente confiante para passar seus sentimento (s..) respeitar a privacidade e ter dignidade humana”*.

Mercúrio – *“verbalizar todas as atividades realizadas antes de executa-los, conversando olhando nos seus olhos, transmitir segurança com empatia e otimismo*.

Constatamos que cuidar em enfermagem exige promover e restaurar o bem-estar físico, o psíquico e o social e ampliando as possibilidades de viver e progredir, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento viáveis para a pessoa. Os enfermeiros têm conhecimento sobre a questão e que cuidar é o ideal da enfermagem, pelo que o seu objetivo é manter a privacidade do utente, usar uma linguagem coerente, promover a participação da família, transmitir confiança e segurança.

Subcategoria: O cuidar e os benefícios de cuidar de um utente em fase terminal em enfermagem.

Nesta subcategoria procura-se demonstrar o que é o cuidar e os benefícios do cuidar ao utente terminal, visto que os entrevistados realçaram que cuidar é dar assistência, amor, carinho e é colocar no lugar do outro para que tenha uma morte digna.

Marte - *“(...) é dar assistência em tudo que for preciso para levar a uma morte digna independentemente da patologia, do grau social, é cuidar no todo”*.

Terra - *“varia de pessoa para pessoa e do tipo de patologia que tem (...), é colocar no lugar do utente para que tenha uma morte digna”*.

Vénus - *“é dar toda a atenção, amor, carinho para ter uma morte digna”*.

Verificamos nesta subcategoria que os enfermeiros têm um papel muito importante no cuidar desses utentes, o enfermeiro quem passa mais tempo com os utentes acabando por proporcionar uma morte digna aos mesmos.

Quanto aos benefícios do cuidar ao utente terminal, nessa subcategoria pretende-se analisar os benefícios do cuidar, em que alguns entrevistados realçaram que o enfermeiro deve proporcionar um ambiente tranquilo, dar apoio psicológico e emocional, aliviar a dor e o sofrimento.

Terra - *“é aliviar o sofrimento”*.

Júpiter - *“determinar as necessidades, aliviar dor, e morrer com dignidade”*.

Mercúrio - *“(...) considerar e valorizar os aspetos emocionais, culturais e espirituais (...) personalizar as suas necessidades encaminhando para uma morte com dignidade.*

Marte - *“(...) proporcionar um ambiente tranquilo, respeito, apoio psicológico e emocional”*.

Concluímos que o enfermeiro como agente de saúde tem um papel importante em oferecer apoio emocional ao utente, pois o cuidado ao doente em fim de vida deve ir de encontro às suas necessidades físicas e psicossociais, adaptando-o ao seu estado e condição global a cada avaliação.

Subcategoria: O relacionamento entre o enfermeiro e a família do utente terminal

Esta subcategoria digna-se avaliar o relacionamento entre o enfermeiro e a família do utente terminal como estratégia para obter melhores cuidados, com as respostas obtidas através dos entrevistados constatou-se que é uma situação encarada no dia-a-dia e que é importante ter uma comunicação aberta com os familiares acerca das mudanças que possam ocorrer durante o processo e explicar-lhes às questões de forma sincera, os sinais e sintomas que vão aparecendo como o aproximar da etapa final, para que estejam preparados e informados do porquê das mudanças.

Júpiter – *“ter boa comunicação e preparar psicologicamente os familiares perante a situação, mostrar sempre disponível”*.

Marte – *“Fazer com que aja uma relação estável, transmitindo segurança e confiança perante aos familiares no que concerne a situação”*.

Terra – *“ter uma relação aberta, apoiar e preparar a família perante a morte e prestar todo o apoio dentro da ética profissional”*.

Apuramos nesta subcategoria que os entrevistados valorizaram a relação estabelecido com a família do utente terminal, e que a relação deve ser compatível com as capacidades que a família possui, para que esta possa assimilá-los, tendo em conta a informação, a educação e a autonomia dos mesmos. O enfermeiro deve estabelecer laços de confiança, fornecer informações, esclarecer duvida, prestar apoio, e mostrar sempre disponível.

Categoria III: A vivência do enfermeiro com o utente terminal na sua experiência profissional.

Esta categoria foi delineada com o objetivo descrever a vivência do enfermeiro face ao utente terminal na sua experiência profissional. Porém responderam que ao vivenciar um utente em fase terminal, a tendência é de estabelecer uma relação diferenciada e única, ou seja de forma holística, emergindo assim sentimentos de tristeza e sensação de vazio perante aos seus cuidados.

Marte – *“É adquirir mais segurança e mais força para lidar com eles tendo em conta que cada patologia é uma patologia*.

Terra – *“É aumentar as nossas sensibilidades olhando duma forma diferente o mundo, refletindo melhor (...) angustia, saber já não é possível ter meios que se pode utilizar para salvar o utente”*.

Mercúrio – (...) *“sentir preocupado, angustia devido a uma situação a lidar frequentemente (...) é doloroso, porque ao ver um ser humano a sofrer sem cura dá muita dor”*.

Constatamos que os enfermeiros apesar de vivenciar este fenómeno em diferentes momentos, é um episódio muito significativo que mostra o quanto este tipo de situações pode ser marcante. Os enfermeiros ao longo deste percurso deparam-se com

situações dolorosas, de angústia, de preocupação e sentem-se impotentes, por saber que é uma situação irreversível e com o tempo vão-se adquirindo mais segurança e mais força para lidar com este fenómeno.

Categoria IV: Experiências emocionais vivenciados pelos enfermeiros no serviço de medicina ao utente terminal

Nesta categoria pretende-se demonstrar as experiências emocionais vivenciados pelos enfermeiros ao utente terminal, os entrevistados responderam que muitas vezes encara a morte de forma natural e outras vezes, torna-se muito mais difícil quando não teve a possibilidade de fazer um caminho seja com o utente seja com os familiares na aceitação do seu estado como podemos ver nos extratos a seguir.

Vénus – *“(...) com a experiência (...) fazem-me encarar a morte de uma forma mais natural... não distanciar-me totalmente, sou capaz de sair e pensar na situação.”*

Júpiter - *“Fico com a dor sozinha, aprendi a ser forte e com o tempo ganhei estabilidade emocional”.*

Mercúrio - *“no início quando comecei a trabalhar foi muito difícil, mas depois comecei a criar uma barreira... já encaro muito melhor a situação”.*

Concluimos que os entrevistados sentem dificuldades em assistir os utentes e com o tempo vai-se ganhado experiências, e que a morte leva-os a rever os seus modos de vida, procurando um ponto de equilíbrio na gestão das emoções em situações difíceis.

Subcategoria: Sentimentos do enfermeiro no processo de morte e morrer do utente terminal.

No que diz respeito a essa subcategoria pretende-se avaliar os sentimentos do enfermeiro frente ao processo de morte e do morrer do utente terminal, os entrevistados realçaram que o sofrimento de quem morre pode ser aliviado pelos que cuidam, simplesmente pelo olhar, pela forma de estar, pelo toque pleno de respeito e ternura.

Marte – *“angustia por apegar ao utente durante o seu internamento, por vezes alívio por ver o utente a terminar o seu sofrimento (...) emergem sentimentos de tristeza e sensação de vazio”.*

Vénus – (...) *tristeza, lamentando o processo, por vezes ser forte para satisfazer as necessidades personalizados do utente numa forma humanizada (...) angustia, saber já não é possível ter meios que se pode utilizar para salvar o utente*”.

Terra – “(...) *tristeza e angustia por não poder fazer mais nada para tirar do sofrimento*”. (...) *proporcionar a um utente na fase terminal da sua vida uma morte serena*”.

Assim pode-se dizer que, com as respostas obtidas em termos dos sentimentos é encarado de forma positivo (alívio, proporcionar morte serena) e negativo (tristeza, angustia, sensação de vazio) e que o utente nesta fase deve perceber que não está sozinho, que continua a ser importante e que os seus cuidados humanizados se estendem até aos últimos momentos de vida. A maioria referiu que está sempre a lidar com essas situações e que está psicologicamente preparado para encarar a fase final de vida de um utente terminal. O processo de morte é uma passagem obrigatória, pois cuidar de alguém que está morrendo é ajudá-lo nessa passagem.

3.3 Conclusão da análise dos dados

Com o término da análise das informações obtidas pretendemos discutir os dados das entrevistas realizadas aos enfermeiros, que permite uma compressão clara dos resultados obtidos onde pretende encontrar respostas que vão de encontro com o tema em estudo e que os objetivos do estudo foram atingidos.

Partindo das informações apresentadas no enquadramento teórico, especialmente a definição de utente terminal, cuidados paliativos e a assistência de enfermagem prestados UT, concluímos que os cuidados que os enfermeiros prestam ao utente terminal há apoio ético, segurança, proteção e amor o que ajuda na prestação de cuidados e na vivência entre esses utentes. A assistência de enfermagem tem como finalidade atender as necessidades básicas do ser humano nos seus aspetos biopsicossocio-espirituais, considerando o utente como ser integral e proporcionar uma morte tranquila.

Também pode-se referir que, perante as respostas obtidas, todos demonstraram que devemos dar apoio e aliviar o sofrimento até a morte. Logo, é de extrema importância prevalecer com a confiança, fé e segurança depositada, a tendência é de estabelecer uma relação diferenciada e única, ou seja, de forma holística. A relação entre

enfermeiro e a família do utente é de confiança, visto que o enfermeiro está preparada para cuidar de um utente em fase terminal e que é alcançado a base das experiências vividas.

A família é apontada como o primeiro passo no trabalho com o utente e é de grande relevância para o tratamento. Ambos tornam-se coparticipantes de um mesmo segredo em relação ao utente, o enfermeiro deve proporcionar o apoio à família a nível organizativo e educativo, com especial atenção aos aspetos que vão surgindo e desta forma proporcionar o aumento do bem-estar do utente, da família e também da própria equipa que se envolve neste ato humano.

A família é entendida como um sistema aberto de seres humanos em interação mútua ao longo dos tempos, onde as mudanças que nela ocorrem são condicionadas pelo meio externo.

Em relação as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros quanto a prestação de cuidados prestados ao utente em fase terminal, é de realçar que o utente é visto de forma holística que emerge sentimentos de tristeza, angustia, sofrimento e de dor.

A morte não é vista como um acontecimento natural, e sim como um acontecimento que causa frustração, sensação de fragilidade e de incapacidade. Estes sentimentos se tornam exacerbados quando o papel do enfermeiro é confrontado com o ajudar a morrer com dignidade pois, o profissional de enfermagem é instruído para salvar vidas.

Quanto as experiências emocionais vivenciadas pelos enfermeiros falaram abertamente de seus sentimentos e emoções frente à dor e sofrimento do utente e do quanto isso mobiliza a equipa de enfermagem e que lida com esse fenómeno diariamente e com o tempo vão-se ganhando estabilidade emocional, para encerrar a morte de uma forma natural.

Quanto as estratégias utilizadas na prestação de cuidados ao UT, os entrevistados têm conhecimento sobre o assunto e que cuidar é o ideal da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.

O enfermeiro tem como objetivo proporcionar conforto, qualidade de vida, integrar a família nos cuidados, manter a privacidade do utente, ou seja, cuidar de uma forma geral. Tendo que a comunicação em enfermagem representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados, é um instrumento fundamental na relação entre o enfermeiro e o utente, é importante para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do utente.

Quanto aos objetivos podemos dizer que estes foram alcançados, e que serviram para esclarecer um pouco mais sobre a temática em si, e que é bom de cuidar de uma utente em fase terminal, demonstram que realmente cuidar de um utente em fase terminal não engloba somente a pessoa em si, mas em um todo. Não é fácil, visto que move com a classe de enfermagem, o que podemos fazer é ajudar eles a ter uma morte digna.

Considerações finais

A concretização deste estudo permitiu-nos conhecer e compreender de uma forma mais alargada as vivências e os sentimentos do enfermeiro na assistência ao utente terminal, em serviço de medicina.

Proporcionou-nos momentos de reflexão e experiência, um conhecimento mais aprofundado sobre este fenómeno constituindo assim um enriquecimento para a enfermagem, na medida em que pode proporcionar um cuidado mais fundamentado e mais atento às especificidades que esta situação conduz. Demonstrando assim que a abordagem fenomenológica foi a escolha mais adequada para a compreensão do fenómeno em estudo, permitiu aos participantes manifestar as suas experiências vivenciadas e sentimentos ao assistirem o utente terminal.

Apesar de algumas dificuldades encontradas (carência de bibliografia sobre o tema em estudo), no decorrer do mesmo se alcançaram as respostas aos objetivos propostos.

O enfermeiro é o indivíduo que mais próximo esta do utente, permite-lhe conhecer o utente como ser humano dotado de sentimentos, e princípios morais, e isso remete-o a tratar o utente como um ser holístico.

Uma doença sem possibilidades de cura na vida de uma pessoa, acarreta grandes sofrimentos, pois essa condição leva o profissional a confrontar com um sentimento indesejável e assustador, visto que a prestação de cuidados ao utente em fim de vida, não visam a cura, mas sim o alívio do sofrimento e controlo dos sintomas associados à sua condição.

Os entrevistados do estudo estabelecem frequentemente uma relação de afeto com os utentes e expressarem sentimentos positivos e negativos ao cuidarem de quem morre.

O sentimento de que não a mais nada a ser feito, remete aos cuidadores a única com possibilidade de proporciona-los uma morte digna, dando-lhes apoios em todos os sentidos e aplicando-lhes os cuidados necessários, satisfazendo as suas necessidades.

Sugestões

As sugestões que se seguem serão direcionadas para o serviço de medicina do HJM onde desenvolveu a pesquisa.

- Permitir a integração da família no processo de cuidar do utente terminal, e no acompanhamento permanente do utente.
- Enquadrar mais profissionais de saúde, tais como enfermeiros;
- Criar espaços de reflexão e partilha das vivências, dos diferentes profissionais de saúde, envolvidos no cuidar do utente terminal;
- Um espaço para os utentes fazer as suas orações.

Referências Bibliográficas

1. Alves F. I. C., (2012). *Cuidar do doente terminal em serviço de medicina interna: um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros*. Curso de mestrado em cuidados paliativos faculdade de medicina da universidade do Porto.
2. Alves, E.F., (2013). *A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos*. Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 34. <file:///C:/Users/Hospital/Downloads/12214-70836-1-PB.pdf>
3. Araújo M. M. T, Silva M. J. P, (2008). *A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo*. Rev Esc Enf USP. <http://www.ee.usp.br/reecusp>
4. Barbosa, A.,(2010). *A morte: reflexão acerca da assistência de enfermagem*. <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4370/A%20comunicação>
5. Barbosa, S. (2010). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem. A Perspectiva do enfermeiro*. Universidade Fernando Pessoa - Unidade de Ponte Lima- Faculdades de ciência da saúde. http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf, 18- 02- 2014, 08:30.
6. Bernardo. A, Brito. M, Luginger. S, Oliveira. M.,(2004). *MORTE: intervenção psicológica junto da família do paciente terminal*. www.psicologia.com.pt
7. Bertachini L, Pessini, L., (2005). *Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade*, São Paulo, v. 29, 4 out./Dez.
8. Bragança, F. J. (2011). *Enfermeiros de Cuidados Paliativos Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados*. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6056/1/641657_Tese.pdf
9. Bogdan, R. S. Biken, S.(2003). *Investigação Qualitativa em Educação: uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. 12.ed. Porto
10. Carmo, Hermano., M. Ferreira, (1998). *Metodologia da Investigação: guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa – Portugal. Editora: Universidade Aberta.
11. Carvalho, F. P. B.(2009). *A morte na concepção de estudantes de enfermagem* Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pós-graduação em Enfermagem. https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14674/1/FranciscaPBC_DISSERT.pdf

12. Carvalho, R. T; Parsons H. A., (2013). *Manual de Cuidados Paliativos: Academia Nacional de Cuidados Paliativos*, Rio de Janeiro 2ª ed.
http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), (2008). *Cuidado Paliativo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo*.
[file:///C:/Users/Hospital/Downloads/livro_cuidado_paliativo_cremesp%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Hospital/Downloads/livro_cuidado_paliativo_cremesp%20(3).pdf).
14. Coperação, F.E., (2016). *Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Formação para a vida*, 2º edição.
15. Fundação Fé Coperação, Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias., (2016). *Formação para a vida: Manual de apoio á formação perante em saúde materno infantil- Enfermeiras e parteiras*. Louras, Portugal, 2ª ed.
16. Fernandes I. M. R, (2008). *Fenómenos de Doença: a Experiência dos Enfermeiros/Profissionais de Saúde*. Lisboa.
17. Fortin, M. F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.1ªed. Lusociência Sociedade Portuguesa de Material didática Lda.
18. Fortin, Marie Fabienne, (1999), *O processo de investigação á investigação da conceção á realização*.1ª ed. Lusociência Técnica e Científica Lda.
19. Freitas, T. L. L, Banazeski, A. C, Eisele, A, de Souza, E. N, Bitencourt, J. V. O.V, Souza, S. S., (2016), O olhar da Enfermagem diante do Processo de Morte e Morrer de pacientes críticos: Revista electrónica trimestral de Enfermagem uma revisão integrativa.
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a12v47n2.pdf>.
20. Fortes P. A. de C,(2004), *Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde*. Saúde e Sociedade v.13.
<file:///C:/Users/Hospital/Downloads/7123-9570-1-PB.pdf>.
21. Frias, C. F. C, (2003), *Aprendizagem do cuidar a morte: um Designo do enfermeiro em formação*. 1ª ed. Lusociência. Técnica e Científica Lda.
22. Guitierrez, P. L,2001, *A beira do leito*.
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a12v47n2.pdf>.
23. GIL, A. C., (1999), *Métodos e técnicas de pesquisa social*, São Paulo 5ªed.: Atlas.
24. Gil, R. L, (2008): *Tipos de Pesquisa, Licenciatura em Ciências Biológicas* Disciplina de Pesquisa do Ensino de Ciências e Biologia. <http://wp.ufpel.edu.br/ecb/files>.
25. Graça, A., (2014), *Introdução à Investigação Científica. Guia para Investigar e Redigir. Compilação de Albertino Graça*. Edição da Universidade do Mindelo.

26. Guerreiro. C. Z, (2006), Aspectos Éticos das Pesquisas Qualitativas em Saúde. <http://www.anpepp.org.br/old/arquivos/etica/GUERRIERO-tese.pdf>.
27. Henderson V, (1897-1996), Elementos de Competencia em Enfermagem. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art_07.pdf.
28. Henderson, Virgínea, (2007), *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras*, Loures, Lusodidacta.
29. Hesbeen, W., (2001), *Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*, Luso Ciência, Edições e técnicas.
30. Kipper, D.(1999). O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. Revista Bioética. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3505-atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte>.
31. Knobel, M. Silva, A. L. M, (2004) O paciente terminal: vale a pena investir no Tratamento. <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/O%20paciente%20terminal%20>
32. Kovacs, M. J,(1992) Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo. <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/08.pdf>
33. Kubler-Ross, E., (2002), *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*, São Paulo, 8ª ed.
34. Marengo, M. O. Flávio D. A., Silva R. H. A, (2009), Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf.
35. Martins M.C. (2010, p.78), Aliviando o sofrimento - O processo do acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida, Lisboa, Universidade de Lisboa;
36. Mendes J. A., Lustosa M. A., Melo M.C., (2009), Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde, Rio de Janeiro, Rev. SBPH v. 12 n. 1 junho.
37. McCloskey, J, C. Bulechek, G, M. (2004), *Classificação das Intervenções de Enfermagem*, Porto Alegre, 3ª ed.
38. Medeiros, I. O, (2008), O Processo de Comunicação Interna como Ferramenta para a Gestão do Conhecimento: Análise em uma Empresa de Médio Porte. http://www.fpl.edu.br/2013/media/pdfs/mestrado/dissertacoes_2008/dissertacao_ildevan_medeiros.

39. Ministério de saúde /Direção Nacional de saúde,(2015), *Manual de prevenção e seguimento de doenças oncológicas*, Praia.
40. Moritz, R. D, Lago, P. M, Souza, R. P, Silva, N. B, Meneses, F. A, Bitencourt, J. C, Othero, Machado, F. O, Piva, J. P, Dias, M. D´A, Verdeal, J. C. R, Rocha, E, Viana, R. A. P. P, Magalhães, A. M. P. B, Azeredo, N. (2008), Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a16.pdf>.
41. NANDA internacional, (2012-2014), Diagnostico de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação.
42. Neto, I. G., (2004), A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência, Lisboa.
43. OLIVEIRA A. L. G.,(2015), Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Pediatria.
44. Oliveira JR, Brêtas JRS, Yamaguti L., (2007), A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem, Escola Enfermagem.
45. Oliveira, W. I. A., Amorin, R. C. A Morte, (2008), O Morrer No Processo De Formação do Enfermeiro, Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto alegre.
- Pinto, P.S., (2013), Humanização da Dor e do Sofrimento - Refletir sobre o cuidar em fim de vida. <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/humanizacao-da-dor-e-do-sofrimento-refletir-sobre-o-cuidar-em-fim-de-vida.pdf>.
46. Poles, K; Bousso, R. S.,(2006), Compartilhando o processo de morte com a família: A experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 14.
47. Plano Nacional de Desenvolvimento sanitário- PNDS-(2012-2016), Volume 1 versão final. Praia disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario>.
48. Quivy, R, Campenhoudt, L,(1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Janeiro, 2ª ed.
49. Ministério da saúde. Relatório Estatístico, (2010), Praia. <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/218-relatorio-estatistico-2010/file>.

50. Sadala M. L. A, Silva F. M, (2009), Cuidado de paciente em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem.
https://www.researchgate.net/publication/240772487_Cuidando_de_pacientes_em_fase_terminal_a_perspectiva_de_alunos_de_enfermagem
51. Santos, K. O., (2016), Percepções de Enfermeiros Intensivistas Frente a Distanásia: Revisão Integrativa.
<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/340/362>
52. Santana, J. C. B. Kênia, F. P.; Campos, A. C. V.; Rezende, M. A. E.; Barbosa, B. D. G., Dutra, B. S.; Baldessari, C. E. F., (2009), Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>
53. Sapeta, P, Lopes, M, (2006). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. II Série-nº4; Lisboa: revista Referência. www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF
54. Saraiva, D.M.R.F., (2015), Atitude do enfermeiro perante a morte. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte.
55. Silva, R. C. L, Porto, I. S, Figueiredo, N. M. A, (2008). Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em Terapia Intensiva.
56. Struberte, H.; Carpenter, D. R., (2002), *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançado o imperativo humanista*, Loures, Lusociência, 2ª ed.
- Vilelas, J, (2009), *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ªed, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
57. Watson, J., (2002), *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

Apêndices

Apêndices 1- Guião de entrevista

Objetivo geral

• Identificar as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros quanto a prestação de cuidados prestados ao utente em fase terminal.

Objetivos específicos

• Descrever as vivências e os sentimentos dos Enfermeiros do sector de medicina do Hospital João Morais diante ao utente terminal.

• Analisar as experiências emocionais vivenciadas pelos enfermeiros do sector de medicina do Hospital João Morais no acompanhamento ao utente terminal.

• Apontar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com os sentimentos emergidos a quando da prestação de cuidados ao utente terminal.

Idade____

Sexo F____ M ____

Estado civil - casado (a)____ solteiro (a) ____ viúvo (a)____

Tempo de serviço como enfermeiro _____ Neste Sector _____

- 1- Como é que você define utente em fase terminal?
- 2- Na sua opinião, como é cuidar de um utente em fase terminal?
- 3- No seu local de trabalho existe algum tipo de capacitação sobre este tema?
- 4- No serviço onde trabalhas, há algum protocolo para cuidar de utentes em fase terminal?
- 5- Na sua opinião, o que a enfermagem pode fazer para promover uma morte com menos sofrimento?
- 6- Quais são seus sentimentos frente ao processo de morte e morrer do utente terminal?
- 7- Na sua opinião quais são os sentimentos emergidos pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente terminal?
- 8- Como seria o seu relacionamento com a família do utente terminal?
- 9- Você tem algum suporte psicológico para lidar com o utente terminal?

10- Como é que a vivência com o utente terminal interfere na sua experiência profissional?

11- Quais são as estratégias utilizadas a quando da prestação de cuidados ao utente terminal?

12- Na sua opinião, como as pessoas podem abordar o tema utente em fase terminal sem se sentir incomodados a respeito?

13- Para você, qual seria o melhor local que pode oferecer melhores condições aos utentes em fase terminal?

A- Em casa? Se sim porque?

B- Nos Hospitais? Se sim, porque?

C- Nos lares? Se sim, porque?

14- Quais são as experiências emocionais vivenciados pelos enfermeiros no serviço de medicina ao utente terminal.

15- Achas que os cuidados no utente em fase terminal são benéficos.

Apêndices 2- Consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo de Santo Antão a alunas, Arlinda Santos Fortes e Nilsa Maria Monteiro Silva N° 3784 e 3803 pretendem realizar um estudo intitulado “Vivências e sentimentos do Enfermeiro na assistência ao utente terminal”. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que solicita-se a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para melhorar o nosso desempenho pessoal e profissional.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Ribeira Grande, ____ junho de 2017

Assinatura do(a) participante

Assinatura dos pesquisadores: Arlinda Fortes e Nilsa Silva.

Anexo

Anexo 1- Pedido de autorização do Hospital João Morais para realizar a entrevista



Exmo. Senhora Directora Do Hospital Dr. João Morais

Dra. Rosa Lopes

Santo Antão, 10 de Fevereiro de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Arlinda Santos Fortes e Nilsa Maria Silva, alunas nº 3784 e 3803 do Curso Complemento de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo de Santo Antão vem por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Vivências e sentimentos do Enfermeiro na assistência ao utente terminal".

O referido trabalho tem como objetivo geral Identificar as vivências e sentimentos dos enfermeiros quanto a prestação de cuidados ao utente em fase terminal e os objetivos específicos de Descrever as vivências dos enfermeiros do setor de Medicina do Hospital João Morais face ao utente terminal; Avaliar as experiências vivenciadas pelos enfermeiros do setor de Medicina do Hospital no acompanhamento ao utente terminal; Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com os sentimentos emergidos aquando ao atendimento do utente terminal.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do sector de Medicina do Hospital Dr. João Morais.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

As requerentes,

Arlinda Santos Fortes/Nilsa Maria Monteiro Silva

Arlinda Santos Fortes

Nilsa Maria Monteiro Silva


UNIVERSIDADE
DO MINDELO
gelicia Duarte

